FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — N° ——

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Marcelle DELAUNAY

Interne des Hôpitaux de Nantes

née à St-Martin-les-Noyers (Vendée) le 7 avril 1900

ÉTUDE

sur les

Tumeurs paranéphrétiques

Le Président : M. LECÈNE.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^ie^, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1926

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A Monsieur le Professeur LECÈNE

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur F. GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Qui nous a indiqué le sujet de cette thèse et guidée dans sa rédaction.

A Monsieur le Docteur CASTAGNARY

Médecin des Hôpitaux de Nantes

Chef des Travaux d'Histologie à l'Ecole de Médecine

INTRODUCTION

Les tumeurs paranéphrétiques sont des néoplasmes rétro-péritonéaux présentant avec le rein — d'ailleurs intact — des relations anatomiques intimes et qui paraissent développés, soit aux dépens de la capsule fibreuse, soit de l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein.

On réserve généralement l'expression « tumeurs paranéphrétiques » aux néoplames solides ; les collections liquides sont les « kystes paranéphrétiques ».

Les inflammations chroniques périrénales, les tumeurs des organes voisins du rein et les dégénérescences cancéreuses des ganglions lombaires ne sauraient trouver place dans le cadre des tumeurs paranéphrétiques.

Ces tumeurs se développent indifféremment à droite ou à gauche. L'affection est unilatérale — un

seul cas de double tumeur paranéphrétique a été signalé (cas de Spencer Wells).

Les tumeurs paranéphrétiques, non exceptionnelles chez les jeunes sujets, se rencontrent surtout de 40 à 50 ans. Elles paraissent affecter plus spécialement le sexe féminin (70 %).

Les tumeurs paranéphrétiques sont très rares.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS PARANEPHRETIQUES

§ I. — ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Le volume des tumeurs paranéphrétiques est généralement considérable : c'est là une de leurs principales caractéristiques. Les poids de 5, 10 kilogr. sont habituels : le poids de 30 kilogr. a été atteint et même dépassé (cas de Waldeyer).

La consistance est variable : tantôt mollasse, pseudo-fluctuante (pseudo-kystes), tantôt dure et fibreuse.

L'aspect multilobé se rencontre le plus souvent ; la couleur est grise, gris jaunâtre ou rosée. La vascularisation est faible.

Une capsule conjonctive entoure la tumeur et favo-

rise l'énucléation. On peut trouver — rarement — des tumeurs multiples, à lobes détachés et même complètement aberrants : c'est là une notion qui permet une interprétation de prétendues récidives.

Née dans la loge rénale, la tumeur occupe, par rapport au rein, un situation des plus variables. Elle s'infiltre autour de celui-ci, l'englobe ou le luxe hors de sa place normale. Le rein est parfois entouré d'une façon si complète que le chirurgien pratique, sans s'en douter, la néphrectomie. Le pédicule vasculaire peut être simplement élargi, refoulé ; ou dissocié, méconnaissable.

Bridée en haut par le diaphragme, en arrière par la paroi, la tumeur pousse rarement des prolongements vers le thorax ou les points faibles lombaires (triangle de J.-L. Petit), quadrilatère de Grynfelt). Elle se développe surtout en avant, déplaçant le gros intestin, refoulant les mésos. Au niveau des mésocôlons, comme au niveau du mésentère, la tumeur peut ou refouler simplement le péritoine, ou s'insinuer entre les deux feuillets séreux. Dans l'un et l'autre cas, on trouve toujours un plan de clivage en décollant de dehors en dedans le méso embryologique normal, suivant la manœuvre aujourd'hui classique en chirurgie du gros intestin.

Des adhérences plus ou moins étendues peuvent exister avec les gros vaisseaux ou les divers viscères abdominaux.

Les métastases sont rares.

§ II. — HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs paranéphrétiques présentent une grande variété de types histologiques.

Le plus souvent, il s'agit de tumeurs conjonctives où prédominent nettement les éléments lipôme et sarcome, lipôme surtout. Ces éléments se présentent parfois associés : lipo-sarcome, lipo-myxomes, etc.

Beaucoup de tumeurs, d'aspect lipomateux banal, renferment cependant des noyaux sarcomateux qu'on rencontre en multipliant les coupes ; cette particularité explique certaines récidives de tumeurs en apparence parfaitement bénignes.

Une véritable ossification de certaines zones s'observe parfois : il faut voir là sans doute le développement tardif d'une inclusion embryonnaire squelettogène (Lecène).

Enfin, des débris épithéliaux, d'origine wolffienne vraisemblablement, peuvent apparaître au cours de l'examen histologique.

§ III. — POINT DE DÉPART DES TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Les tumeurs paranéphrétiques, étant donné leur constitution, ne peuvent prendre naissance que dans

la capsule fibreuse du rein ou dans son enveloppe cellulo-adipeuse.

La structure de la capsule explique la formation de fibromes ou de myomes purs; celle de l'enveloppe cellulo-adipeuse entraîne la grande fréquence des lipômes et des tumeurs complexes.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

§. I. — SYMPTOMES DES TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

La diversité des aspects cliniques signalés à propos des tumeurs paranéphrétiques, l'absence de signes vraiment pathognomoniques de ces tumeurs entraînent l'impossibilité d'en exposer une symptomatologie précise.

En général, le premier examen médical est pratiqué à une période avancée de l'affection, sur un malade qui commence à s'inquiéter d'un embonpoint croissant ou se plaint de douleurs plus ou moins localisées.

Ici se retrouve donc un caractère clinique commun à la plupart des tumeurs : le début insidieux.

La tumeur atteint un volume considérable : alors, des *signes fonctionnels* apparaissent.

La douleur, signe tardif, présente quelques caractères propres aux tumeurs paranéphrétiques. Douleur sourde, pongitive, continue, calmée ou exagérée par différents mouvements (calmée dans la position couchée, par exemple, — exagérée dans la position assise), elle est localisée à la région lombaire d'un seul ou des deux côtés ; de temps en temps, elle s'irradie dans l'abdomen, dans les deux aînes, et surtout le long du membre inférieur, du côté de la tumeur. Cette douleur, due à la compression par la tumeur des plexus lombaire et sacré — zones d'anesthésie des cuisses, des jambes — s'accompagne de dyspnée par refoulement du diaphragme.

La constipation opiniâtre peut apparaître assez tôt — lorsque la tumeur arrive à comprimer le rectum. Dans certains cas, le néoplasme adhérant à l'intestin, une diarrhée tenace épuise le malade.

Des troubles vésicaux variés se rencontrent chez les individus atteints de tumeurs paranéphrétiques : dysurie, pollakiurie — rétention ou incontinence d'urine.

Ces différents signes de compression par la tumeur, une fois établis, n'ont aucune tendance à régresser, et des *signes généraux* de la maladie ne tardent pas à apparaître. L'appétit diminue, l'amaigrissement est rapide ; des poussées fébriles peuvent

être observées (fièvre des néoplasmes de Verneuil — nécrobiose du centre de la tumeur.

L'*examen physique* peut seul donner des renseignements un peu moins vagues. Ils sont fournis : par l'examen de la tumeur d'abord — par la constatation de certaines conséquences du volume considérable de cette tumeur ensuite.

La tumeur est généralement paramédiane : elle occupe l'un des flancs, s'étend des fausses côtes jusqu'à la fosse iliaque qu'elle remplit. L'abdomen, regardé de face, est comme divisé en deux parties : une moitié plate, mais non déprimée — l'autre moitié soulevée par la tumeur. Cete asymétrie s'étend parfois à la région lombaire.

Cette localisation paramédiane peut se trouver modifiée : la tumeur peut atteindre des proportions telles qu'elle remplit toute la cavité abdominale — elle peut jouir d'une certaine mobilité qui lui permet de se déplacer vers l'épigastre et même vers le bas-ventre. Il s'agit là de cas tout à fait exceptionnels.

Quelquefois, la paroi abdominale, soulevée par la tumeur, présente une circulation collatérale peu accentuée.

La palpation de la masse néoplasique indique un contour lisse ou multilobé. La consistance est variable : fibreuse ou mollasse, pseudo-fluctuante, mais sans jamais donner la transmission nette de flot d'une main à l'autre, comme dans les kystes.

En faisant glisser la peau, qui n'est pas adhérente, sur la tumeur, on peut sentir par places quelquefois une sorte de crépitation ou de frémissement tout particuliers. Il est arrivé de rencontrer, entre la peau et la tumeur, un cordon plat, qui n'est autre que le gros intestin vide.

Généralement peu mobile, la tumeur présente toujours le contact lombaire, et même le ballottement, si son volume n'est pas trop considérable. Quand il atteint certaines proportions, le néoplasme devient absolument fixe et ne suit pas les mouvements du diaphragme.

A la percussion, la tumeur est mate, avec ou sans bande de sonorité antérieure.

La radiologie, enfin, donne toujours, d'après de Quervain, des indications utiles.

A côté de ces signes physiques relevant de l'examen de la tumeur elle-même, il en existe qui sont dûs à la compression intra-abdominale.

Le varicocèle, important signe de tumeur rénale, peut apparaître au cours de l'évolution d'une tumeur paranéphrétique : il est d'emblée douloureux et considérable.

L'ascite est une très rare conséquence de la tumeur paranéphrétique ; simple découverte au cours d'une laparotomie ou d'une nécropsie, elle n'est jamais assez abondante pour être cliniquement diagnostiquée.

L'œdème des membres inférieurs est tardif ; loca-

lisé d'abord au côté malade, il devient ensuite bilatéral.

Quand la tumeur atteint un certain volume, elle déplace les organes qui l'entourent. Développée à gauche, elle refoule la rate, l'aplatit contre la coupole diaphragmatique ; à droite, une action analogue s'exerce sur le foie. Le gros intestin est toujours déplacé, soit vers l'épigastre, soit vers le flanc opposé à celui qu'occupe la tumeur. — On a signalé enfin diverses modifications utérines (anté ou rétroversion), le prolapsus léger de la paroi antérieure du vagin et de la paroi postérieure avec rectocèle.

Dernier signe physique très important, quoique négatif : le volume des urines est normal — leur composition n'a rien non plus de pathologique. Ni albumine, ni sucre, ni globules de pus, ni globules rouges n'ont été rencontrés à l'examen des urines de sujets atteints de tumeurs paranéphrétiques.

L'*évolution* est lente, mais progressive, rarement entrecoupée de « poussées » brusques avec douleur et fièvre. En dehors de l'acte opératoire, elle est fatale à plus ou moins longue échéance : la tumeur grossit sans arrêt — la mort survient par cachexie ou par complication intercurrente (urémie, pneumonie, phlébite).

§ II. — DIAGNOSTIC

Diagnostic positif. — Le diagnostic de tumeur paranéphrétique, vu la rareté et l'absence de signe

vraiment pathognomonique de cette affection, est un diagnostic d'exception. Il a été rarement fait, et presque toujours parce que l'auteur, instruit par un cas antérieur, « y a pensé ».

De Quervain affirme que ce diagnostic est facile qaud on se trouve pour la seconde fois en présence d'une tumeur paranéphrétique. Aucune tumeur, à son avis, n'entraîne de pareiles modifications à l'endroit du côlon : c'est ici la clef du diagnostic.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours déterminer deux points importants : le siège anatomique de la tumeur — la valeur fonctionnelle des deux reins. La percussion soignée, le tracé dermographique et surtout la recherche de la sonorité colique antérieure (l'insufflation est recommandable) permettent de soupçonner, puis d'affirmer que la tumeur est rétro-péritonéale. — Quant à la valeur fonctionnelle des deux reins, elle doit être étudiée systématiquement : gros élément de diagnostic, le résultat n'est pas moins important au point de vue opératoire, puisque l'extirpation d'une tumeur paranéphrétique peut entraîner la néphrectomie.

Diagnostic différentiel. — En présence d'une volumineuse masse abdominale para-médiane, il sera donc très difficile de fixer le siège pararénal. S'agit-il alors d'un *kyste* ou d'une tumeur solide ? Le kyste est généralement plus douloureux — à volume égal moins gênant parce qu'il se développe en bas et en

dedans de préférence — enfin une ponction exploratrice (en évitant de passer à travers le côlon préjacent) montre le caractère liquide du contenu.

Il est facile d'éviter la confusion avec une *tumeur de la paroi* abdominale. La palpation suffit à situer celle-ci ; on peut vérifier que sa mobilité, très accentuée si les muscles abdominaux sont relâchés, s'atténue dès qu'ils se contractent.

Il sera beaucoup plus difficile de différencier une tumeur paranéphrétique d'une tumeur viscérale par un simple examen physique.

Une *tumeur du rein* a été souvent cherchée par l'intervention chirurgicale alors qu'il s'agissait d'une tumeur paranéphrétique. Le sarcome du rein, ordinairement de petit volume, peut cependant atteindre parfois de fortes dimensions : l'hématurie, la fixité, la marche rapide, le jeune âge du malade (avant 5 ans) le distinguent de la tumeur paranéphrétique. Le cancer du rein entraîne dès le début des troubles urinaires (hématurie) ; la douleur est fréquente, quoique non constante ; il survient plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, à l'inverse des tumeurs paranéphrétiques. — Le kyste hydatique du rein d'une certaine dimension produit une sorte de pesanteur au niveau des lombes ; la palpation méthodique montre qu'il s'agit d'une tumeur rénitente, où l'on perçoit parfois le frémissement hydatique ; une ponction exploratrice fera disparaître toute hésitation sur le diagnostic. — Enfin,

le rein flottant peut simuler une petite tumeur paranéphrétique. Il est presque toujours masqué par un certain nombre d'anses intestinales ; il se présente sous la forme d'une tumeur lisse, résistante, ayant plus ou moins la forme du rein ; il s'accompagne de douleurs, de troubles gastriques et nerveux ; il peut se réduire dans sa loge.

Une tumeur paranéphrétique, ayant atteint un volume considérable, peut très bien en imposer pour une *tumeur de l'ovaire* ; cette erreur sera d'autant plus fréquente que les tumeurs de la loge rénale se rencontrent surtout dans le sexe féminin.

Les tumeurs solides de l'ovaire n'ont pas le début insidieux des tumeurs paranéphrétiques : de bonne heure, apparaissent des troubles génitaux, des douleurs et des tiraillements dans l'hypogastre, des troubles urinaires, de la constipation ; le toucher vaginal permettra parfois de discerner contre une grosse tumeur l'ensemble intact de l'utérus et des annexes ; enfin, des signes de péritonite plus ou moins accentués peuvent être la conséquence des tumeurs ovariennes. — Le kyste de l'ovaire, à mesure que son volume augmente, monte au lieu de descendre comme une tumeur paranéphrétique ; il entraîne des phénomènes douloureux précoces, des troubles génitaux et urinaires ; la palpation indique la présence d'une tumeur médiane liquide ; la percussion révèle la sonorité des flancs ; le toucher vaginal enfin donne les signes d'une tumeur indépendante de l'utérus,

mais contre laquelle on ne rencontre aucun élément annexiel ; des signes de péritonite peuvent également apparaître.

Il est plus difficile de donner des signes différentiels pour les *tumeurs mésentériques*. Cependant, la douleur est en général relativement précoce ; la tumeur se développe d'abord au niveau de l'ombilic, le plus souvent du côté droit ; elle est très mobile ; le ventre est uniformément développé à la partie médiane, quelquefois piriforme. Ces caractères n'ont point une valeur absolue pour le diagnostic des tumeurs mésentériques ; il convient de remarquer néanmoins qu'ils ne se trouvent jamais réunis à l'occasion de tumeurs paranéphrétiques.

Il reste à différencier de ces dernières les *tumeurs de la rate*. Le diagnostic différentiel entre une tumeur paranéphrétique gauche et une tumeur de la rate est de beaucoup le plus difficile. Le mode de développement d'une tumeur splénique, sa localisation, les phénomènes physiques ou fonctionnels qu'elle présente sont tellement identiques à ceux d'une tumeur paranéphrétique que le diagnostic différentiel apparaît presque impossible. Un examen minutieux des différents symptômes s'impose, qui n'écartera pas toujours l'incertitude clinique.

Le cancer de la rate se présente insidieusement. La douleur apparaît tardive dans l'hypocondre gauche, avec des irradiations variées, plus fréquentes

dans l'épaule; elle est discontinue, survient par crises, — la douleur causée par la tumeur paranéphrétique est lombaire, s'irradie vers l'abdomen et le membre inférieur du même côté que la tumeur. — L'inspection révèle souvent une voussure du flanc gauche, sans déformation de la région lombaire ; la palpation discerne une tumeur dont la forme rappelle plus ou moins celle de la rate ; la percussion de la région lombaire donne une sonorité normale : c'est un signe de grande valeur, puisque la tumeur paranéphrétique est mate dans cette région qu'elle déforme souvent. Les signes fonctionnels du cancer de la rate peuvent être en assez grand nombre à une certaine période : épistaxis, entérorragies, dyspepsie, diarrhée, hydrémie... L'amaigrissement est rapide, le teint prend une coloration jaune paille ; une péritonite aiguë peut survenir.

Restent les splénomégalies diverses (paludisme, lymphadénie, leucémie...), qui entraînent une modification marquée de la formule sanguine dont l'étude s'impose dès que l'on pense à une tumeur splénique.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le seul traitement des tumeurs paranéphrétiques est le traitement chirurgical. Aucune médication ne peut faire régresser cette affection.

Indications opératoires. — Lecène, tenant compte de la gravité opératoire, de l'état général du malade, du volume de la tumeur, de son évolution lente et compatible avec une survie notable, pose les indications suivantes :

1) L'état général est médiocre — la tumeur est très volumineuse : il faut s'abstenir.

2) Le volume de la tumeur est moyen : l'indication opératoire est très fréquente et n'est subordonnée qu'à l'état général.

3) La tumeur est petite : ce cas est rarement présenté au chirurgien, mais lui impose l'intervention d'une façon à peu près absolue.

Technique opératoire. — Etant donné, d'une part le volume et les connexions de tumeurs paranéphrétiques, l'incertitude du diagnostic d'autre part, la plupart des chirurgiens emploient de parti pris la laparotomie transpéritonéale de préférence aux voies lombo-iliaque ou parapéritonéale, trop aveugles et étroites pour énucléer les grosses tumeurs. Lecène considère la laparotomie, et de préférence l'incision sur le bord externe du droit, comme la voie de choix. La recherche du côlon, l'incision de son méso et le clivage rationnel permettent l'abord de la tumeur.

Trois points doivent être précisés :

1) *Comment énucléer la tumeur ?* — En bloc, si son volume le permet. — S'il n'en est pas ainsi, on a le choix entre le morcellement vrai et la délobulation progressive. Ce dernier procédé a les préférences de Lecène : il évite plus sûrement que le premier l'hémorragie et surtout l'essaimage possible de cellules sarcomateuses.

2) *Quelle conduite tenir à l'égard du rein ?* — Il est impossible de fixer une règle. Dans 50 pour 100 des cas étudiés par Lecène, la néphrectomie a été pratiquée et le plus souvent par impossibilité de cliver le rein d'avec le néosplame (32 fois sur 48). Cette statistique montre assez l'intérêt qui s'attache à l'examen fonctionnel préalable des deux reins.

3) *Comment terminer l'opération ?* — Trois méthodes sont pratiquées : marsupialiser — refermer

simplement — établir un drainage lombaire. Ce dernier procédé est le plus prudent : il prévient les dangers infectieux dans une plaie à vastes décollements — il n'a pas les inconvénients de la marsupialisation, qui entraîne une fermeture retardée et une faiblesse ultérieure de la paroi.

Résultats. — 1° Immédiats. — La statistique établie par Lecène accuse 40 pour 100 de mortalité. Même en tenant compte qu'un grand nombre d'opérations datent des débuts de la chirurgie abdominale, on ne peut abaisser ce chiffre au-dessous de 20 pour 100. La gravité de l'acte opératoire est en rapport avec le volume de la tumeur et l'état général du malade.

2° Eloignés. — Les résultats éloignés sont difficiles à apprécier. Un seul cas a été suivi assez longtemps pour permettre un jugement ferme (cas d'Ombrédanne, six ans sans récidive).

Les récidives ne sont pas rares ; il s'agit souvent d'une exérèse incomplète, des lobules oubliés ou méconnus continuant in situ leur évolution.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

§ I. — OBSERVATIONS DIVERSES

I. — Knowsely Thornton (Transaction Pathological Society, London, 1883). — *Un cas de sarcome alvéolaire de la capsule rénale droite.*

Femme de 53 ans, soignée pendant longtemps pour rein flottant. Intervention décidée sur le diagnostic de « tumeur ovarienne ».

II. — Elliott (The Lancet, 1879). — *Tumeur sarcomateuse de l'abdomen entourant le rein droit.*

Sujet de 39 ans, sexe masculin. Développement énorme de la tumeur et de la circulation collatérale. Etat cachectique interdisant l'intervention.

A l'autopsie, on trouva une masse énorme, à surface noueuse, occupant la plus grande partie de la cavité pelvienne. Le rein droit disparaissait complètement à l'intérieur de cette masse.

III. — Baron Buschmann (Viener Medicinische Wochenschrifft, 1880). — *Fibrome rétro-péritonéal de grosse dimension englobant le rein gauche.*

Femme de 36 ans. Ventre volumineux, augmentant depuis trois ans : matité de la tumeur se confondant avec celle du foie et celle de la rate. Aucune connexion utérine. Urines normales.

Laparotomie le 1er avril 1879, par Billroth : tumeur énorme, très vasculaire ; ponctionnée, une hémorragie difficile à arrêter se produit. Impossibilité de cliver entre la tumeur et le rein. Exérèse du tout.

Examen de la tumeur : poids de 18 kilogs ; fibromyome anormalement riche en fibres musculaires.

Rein et capsule surrénale, adhérents à la tumeur, normaux.

IV. — Paquet (Lille, Bulletin Médical du Nord, 1886). —*Angio-sarcome de la capsule rénale gauche.*

Femme de 44 ans, adressée au chirurgien pour kyste de l'ovaire. Laparotomie : tumeur solide difficile à isoler ; le rein doit être sacrifié.

Masse énorme de 12-14 kilogs, formée par un tissu aréolaire, spongieux, gorgé de sang : les mailles sont faites de tissu sarcomateux.

Rein sain.

V. — Thiriar (Bruxelles). — Congrès français de Chirurgie, 1889. — *Fibro-lipôme de la capsule cellulo-adipeuse du rein.*

Femme de 63 ans. Diagnostic : kyste mulilobulaire de l'ovaire droit.

Laparotomie médiane : tumeur libre d'ahérences, sauf au niveau du cæcum. Section de l'uretère droit, englobé par la tumeur, de même que le rein.

Tumeur de 11 kg. 300, formée de deux parties : l'une dure et fibreuse, l'autre molle et lipomateuse.

VI. — Spencer Wells (British Medical Journal, 1884). — *Ablation de deux tumeurs circumrénales. Guérison.*

Femme de 48 ans, dont le ventre augmente progressivement. Diagnostic réservé.

Incision d'ovariotomie : masse d'apparence graisseuse sur le côté gauche du bassin et dans le flanc gauche ; impossibilité d'isoler le rein gauche. Tumeur semblable du côté droit, enlevée plus simplement (on ne vit pas le rein droit.

Examen histologique : rein normal. Les deux tumeurs sont constituées par de grosses cellules adipeuses très rapprochées les unes des autres, avec des tractus conjonctifs larges ; par places apparaît du tissu fibreux.

VII. — Heyder (Archives für Gynaekologie, 1890). — *Fibro-sarcome de la capsule du rein.*

Femme de 37 ans. Diagnostic : tumeur solide pédiculée de l'ovaire ou tumeur d'origine rétropéritonéale.

Laparotomie médiane : ascite légère ; tumeur libre englobant le rein. Le tout est enlevé.

Tumeur de 15 livres, solide en tous points ; a pour origine la capsule fibreuse. Rein intact.

VIII. — Saurenhaus (Centralblatt für Gynaekologie, 1879). — *Lipôme de la capsule cellulo-adipeuse du rein droit.*

Femme de 42 ans. Gros abdomen avec phénomènes inflammatoires.

Laparotomie : tumeur adhérente au rein droit. Extirpation du tout.

Tumeur spongieuse de 15 livres et demie.

IX. — Eiselberg (Viener Klinische Wochenschrift, 1890). — *Fibrolipôme de la capsule adipeuse du rein.*

Femme de 70 ans. Diagnostic : tumeur solide de l'ovaire gauche.

Laparotomie médiane : tumeur rétro-péritonéale, adhérences intestinales ; inclusion du rein et clivage impossible.

Tumeur de 4 kilogs, composée de deux lobes à l'intérieur desquelles se trouve le rein. Deux couches : à la périphérie, tissu adipeux et fibreux ; au centre, tissu adipeux pur. Rein normal.

X. — Gould ((The Lancet, 1888). — *Myxo-sarcome péri-rénal.*

Malade âgé de 30 ans. Douleurs violentes irradiées dans le testicule droit ; pollakiurie nocturne ; dyspnée. Tumeur refoulant les organes thoraciques, mate, s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, obéissant aux mouvements respiratoires.

Incision sur la ligne semi-lunaire : tumeur sous-hépatique enlevée, ainsi que le rein droit adhérent.

Tumeur formée d'une capsule épaisse, renfermant un magma gélatineux et hémorragique. Rein déformé, mais sain.

XI. — Otto Hildebrand (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895). — *Fibro-myo-ostéo-sarcome de la capsule du rein droit.*

Femme de 30 ans. Diagnostic : néoplasme en partie dur, en partie mou, d'origine indéterminée.

Laparotomie : tumeur recouverte par le péritoine et le côlon ascendant. Extirpation de la tumeur avec la capsule surrénale et le rein droit, entre lesquels elle se trouvait placée.

Tumeur : fibro-ostéro-sarcome. Rein normal.

XII. — Galimir (Thèse de Paris, 1895). — *Sarcome de la capsule du rein gauche.*

Malade âgé de 34 ans, entré dans le service de Hayem le 10 juin 1895, pour douleurs lombaires et varicocèle à gauche ; très amaigri.

Tumeur mate s'étendant du diaphragme à la crête iliaque.

L'autopsie (22 août 1895) révèle l'existence d'une tumeur remplissant la moitié gauche de l'abdomen, allant du diaphragme à la fosse iliaque. Poids : 3,540 grammes. Coupe : gros noyau central hémorragique, noyau ramolli à la périphérie. Capsule grisâtre assez consistante.

Rein gauche, englobé par la tumeur : déformé, mais non altéré.

Il s'agit d'un sarcome qui a pris probablement naissance dans la capsule fibreuse du rein gauche.

XIII. — Giordano (Venise). — XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie, Paris, 1919.

L'auteur apporte trois observations personnelles : deux fois il s'agissait d'hémangiopérithéliome et une fois de kyste wolfflen à contenu hématique, à épithélium cylindrique bas, coïncidant avec un rein en ectopie.

L'un de ces malades, opéré, présentait, à l'époque de la communication, une survie de 11 ans : il s'agissait d'une tumeur de 12 kilogs, extirpée par la voie parapéritonéale, dont Giordano se déclare partisan.

XIV. — Delagenière et Bauchef (Le Mans). — XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie, 1919.

Deux observations de tumeurs solides paranéphrétiques : sexe féminin.

Tumeurs volumineuses : l'une a le volume d'une tête d'adulte ; l'autre atteint le poids de 14 kilogs. Solides, bosselées, de coloration rose pâle, peu vasculaires.

Dans l'un des deux cas, le rein était englobé par la tumeur ; au cours de l'autre intervention, le rein n'a pas été aperçu.

Examen histologique : myxo-sarcome et fibro-sarcome.

Survie de 17 mois dans l'un des cas ; l'autre malade opératoirement guérie au moment de la communication.

XV. — Roux (Lausanne). — XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie.

Deux cas de tumeurs paranéphrétiques.

La première, opérée avec succès en 1900 — le malade vivant en 1914 — était un fibrolipôme dont le diagnostic ne fut pas fait cliniquement. Grosses difficultés opéra-

toires par adhérences à l'uretère et à la rate. Drainage par le triangle de J.-L. Petit.

La deuxième opération concerne une femme de 52 ans, opérée quatre ans auparavant d'une tumeur du côlon. On crut à une récidive. La tumeur était rétrocôlique et prenait le contact lombaire. Extirpation laborieuse. La tumeur avait presque la forme d'un rein, à pôle inférieur volumineux ; mais, au voisinage immédiat, le rein était normal. Il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse.

XVI. — De Quervain (Bâle). — XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie.

Trois cas de tumeurs paranéphétiques.

Pour cet auteur, les voies d'accès varient suivant les circonstances ; la néphrectomie est toujours à prévoir ; le drainage est très rarement utile.

XVII. — V. Jura. — *Des tumeurs pararénales* (Il Policlinico, Sezione Chirugica, an. XXX, fasc. 11, 15 novembre 1923, p. 5665-83).

Deux observations dues au professeur Alessandri.

Obs. I. — Femme de 32 ans, ayant fait, vingt ans auparavant, une colique néphrétique, voit son ventre augmenter de volume depuis treize ans. Ces derniers temps, l'augmentation paraît se faire surtout à gauche. En avril 1922, on trouve dans le flanc gauche une masse ayant le contact lombaire, du volume d'une tête d'adulte, indépendante du côlon. Les fonctions du rein gauche sont normales.

Opération en mai 1922. La tumeur encapsulée siège devant le rein et s'énuclée facilement. Guérison.

En novembre, on constate une récidive : masse présentant les mêmes caractères, grosse comme le poing. L'extirpation est facile. Guérison opératoire.

Histologiquement, il s'agissait d'un tissu graisseux, avec de nombreux vaisseaux présentant dans les espaces cellulaires une infiltration lymphocytaire ; certaines zones sont fibromateuses, d'autres nécrotiques.

L'auteur se demande si, jusqu'à un certain point, il ne s'agissait pas d'une tumeur mixte.

Obs. II. — Fille de 18 ans, présentant dans le flanc gauche une tumeur à développement rapide. En avril 1922, la masse va de la fosse iliaque au bord costal. Elle a le volume d'une tête d'adulte, siège en arrière du côlon. Le rein du même côté est normal.

Une ponction permet d'extraire des cellules sarcomateuses.

Opération le 25 avril 1922. Enucléation facile de la masse encapsulée. Poids : 1,250 grammes.

Histologiquement, cellules fusiformes sarcomateuses.

XVIII. — M. Antelawa. — *Contribution à l'étude des tumeurs mixtes rétro-péritonéales de la capsule du rein* (Zeitschrift für Urologische Chirurgie, tom. XV, fasc. 3-4, 1924).

Il s'agit d'un enfant de 2 ans, dont le ventre a, depuis l'âge de 5 mois, grossi continuellement, alors que l'enfant restait dans un très médiocre état de nutrition.

La palpation indique tout le côté gauche de l'abdomen occupé par une énorme tumeur dure, solidement attachée à la paroi postérieure. On fait le diagnostic de tumeur bénigne rétro-péritonéale, et on tente de préciser ses rapports avec les reins.

Une épreuve globale au bleu de méthylène est satisfaisante.

Une lombotomie montre une tumeur adhérente au péritoine, au foie et à la vésicule biliaire ; à sa partie inférieure est appendu le rein gauche qu'elle recouvre. On extirpe simultanément la tumeur et le rein ; l'intervention ne montre aucune métastase ; on termine par la fermeture de la paroi sur un tamponnement. L'enfant succombe, dans la journée, au choc opératoire.

La tumeur est arrondie, semée de bosses irrégulières, les unes de consistance solide, les autres de nature kystique. Les dimensions sont : 14 cm. × 8 cm. La surface de section est peu vasculaire, de couleur jaune clair, entourée d'une capsule conjonctive propre. Les poches kystiques, de la grosseur d'une pomme, ont un contenu clair et sont partiellement cloisonnées. La plus grande partie de la tumeur est faite de tissu lardacé compact, dans lequel on voit des îlots cartilagineux et osseux. Le rein est pâle et aplati à un pôle ; il présente un petit foyer hémorragique cortical. La tumeur s'est développée uniquement aux dépens de la capsule rénale ; l'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'une tumeur mixte.

§ II. — OBSERVATION DE M. LE DOCTEUR GAUDIN

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

Mme M..., âgée de 35 ans. Antécédents : dix grossesses ; aucune maladie grave.

Se plaint d'une tumeur assez volumineuse dans l'hypocondre gauche. Plusieurs médecins ont été consultés par elle qui ont envisagé divers diagnostics : abcès par congestion, splénomégalie, néoplasme...

Après plusieurs mois, la tumeur, dont le volume s'ac-

croît sans arrêt, devient pesante et douloureuse ; la malade s'amaigrit. A cette époque, l'examen révèle l'existence d'une masse dans le flanc gauche, ayant le contact lombaire, mobile, grosse comme une tête d'adulte, mate, bien délimitée, non douloureuse au palper.

L'examen du sang indique une formule sanguine normale.

La radiographie ne donne aucun renseignement.

L'examen de l'appareil urinaire est pratiqué (Docteur Mitry). La vessie a une capacité normale ; la muqueuse est saine. Les deux méats urétéraux ont l'apparence saine. La sonde gauche (n° 14) est arrêtée à 9 centimètres : il vient d'abord 20 cc. d'urine en gouttes rapides, puis les éjaculations s'établissent normalement. La sonde droite (n° 14) atteint le bassinet : éjaculations normles.

En 30 minutes, le volume d'urine est de 11 cc. 5 à gauche et de 7 cc. à droite. L'urée excrétée atteint 11 gr. 42 à gauche et 13 gr. 71 à droite (par litre) ; les chlorures, 11 gr. 60 à gauche et 15 gr. 75 à droite (par litre). L'examen microscopique après centrifugation ne révèle du pus d'aucun côté.

Rien n'indique donc l'existence d'une tumeur rénale.. L'arrêt de la sonde à gauche et la légère déficience du rein du même côté peuvent très bien s'expliquer par une compression de voisinage.

Intervention le 23 décembre 1925. Laparotomie transversale gauche sus-ombilicale. Une tumeur sous-péritonéale rétro-côlique apparaît. Le décollement côlo-pariétal permet d'atteindre la loge rénale. La tumeur, d'une coloration vert chocolat, lisse et régulière, est relativement facile à énucléer ;aucun pédicule appréciable n'est reconnu ; un léger saignement suit cependant l'extirpation de la tumeur.

Guérison opératoire en 12 jours.

Examen anatomo-pathologique (Dr Castagnary, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes).

1) Anatomie macroscopique. — Masse d'un poids de 2,750 grammes, ayant véritablement la forme d'un œuf d'autruche, avec une grosse et une petite extrémités. Le grand axe atteint 20 centimètres ; le petit axe 15 centimètres à l'endroit le plus large.

Capsule fibreuse de 1 millimètre d'épaisseur, absolument lisse ; grise, avec, par places, des taches jaunâtres (cholestérine).

La capsule est fendue suivant le grand axe. Un liquide brun chocolat, d'aspect hématique, s'échappe : le volume peut être évalué à 1 litre. A l'intérieur de la coque fibreuse, apparaît un tissu très friable, alvéolaire, de coloration brun chocolat, délimitant dans presque toute la cavité des logettes qu'occupait le liquide.

2) Histologie. — Examiné à l'état frais, entre lame et lamelle, le liquide apparaît formé de globules sanguins, de débris granuleux et de très nombreux cristaux de cholestérine absolument typiques.

La tumeur, après durcissement au formol à 10 %, est examinée sur de nombreuses coupes. La coque est formée de tissu fibreux parsemé de tissu conjonctif et de fibroblastes extrêmement rares. Vaisseaux très peu nombreux.

Le tissu alvéolaire intérieur est constitué par du tissu nécrosé, d'aspect fibrinoïde granuleux ou en réseau ; il contient des débris nucléaires, quelques hématies et de grandes cellules à un ou deux noyaux rappelant les lipophages à fonction phagocytaire, voués à la résorption des détritus cellulaires.

Il convient de noter, dans le magma granuleux, la pré-

sence de grandes fentes claires, longues, étroites, vides, correspondant probablement à des cristaux de cholestérine qui ont été dissous par les réactifs et tels qu'on les trouve dans les coupes d'aorte athéromateuse.

Il n'existe aucun élément cellulaire vivant, aucun groupement permettant d'indiquer l'origine de cette tumeur.

CONCLUSIONS

1) Les tumeurs paranéphrétiques sont extrêmement rares.

2) Elles se rencontrent le plus fréquemment dans le sexe féminin.

3) En l'absence de signe vraiment pathognomonique, le diagnostic en est très difficile et, le plus souvent, n'est fait qu'au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une autopsie.

4) Le traitement des tumeurs paranéphrétiques est chirurgical. L'intervention doit toujours être précédée de recherches concernant la valeur respective de chacun des deux reins.

Vu : *Le Doyen*,
ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
LECÈNE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Lecène. — Tumeurs solides paranéphrétiques (XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie, Paris, 6-11 octobre 1919).

Thévenot. — Kystes paranéphrétiques (XXVIII[e] Congrès français de Chirurgie).

Galimir. — Tumeurs paranéphrétiques (Thèse Paris, 1895-96).

Périer. — Kystes paranéphrétiques (Th. Paris, 1901-02).

V. Jura. — Des tumeurs pararénales (Il Policlinico, Sezione chirurgica, 15 nov. 1923).

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

Augagneur. — Thèse d'agrégation, 1886.

Chevalier. — Thèse de doctorat, 1890.

Brodeur. — Thèse de Paris, 1886.

Rathery. — Thèse de Paris, 1870.